Należytość pocztowa gotówką uiszczona.

Nr 12. Rok LIX.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcja: Kraków 9, Płuczki 28 Telefon 3105.

Administracja: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY B. GALICJI I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH MAŁOPOLSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracja: Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce Mkp. 5·—, w nadesłanem Mkp. 7·—, w tekscie Mkp. 9·—.

Przedpłata wynosi: rocznie Mkp. 60·—.

Jeden numer osobno kosztuje Mkp. 5·—.

W sprawie powstawania i usadowienia mięśniaków macicy

podał **prof. Browicz**.

W numerze 6 »Przeglądu lekarskiego« z bieżącego roku pomieścił prof. Rosner rzecz o mięśniakach macicy i ich usadowieniu w świetle nauki o konstytucji narządów płciowych kobiecych i nasuwa ku końcowi pytanie na podstawie swojej statystyki »dlaczego niedomoga konstytucjonalna ma ułatwiać rozwój guzów podsurowiczych a nieomal wykluczać istnienie guzów podśluzowych«. Powiada autor dalej: »Odrazu stwierdzić muszę, że nie jestem w stanie odpowiedzieć na tak postawione pytanie. Ciemną jest etiologja i histogeneza mięśniaków i ciemną jest istota tego lub innego stanu konstytucyjnego, jakżeż więc mógłby być jasnym wpływ tego stanu na rozwój mięśniaków? Nawet dla hipotez pole nie jest otwarte. Ze spostrzeżeń nad częstością rozwoju mięśniaków u kobiet różnych grup konstytucyjnych wynika tylko jedno: oto da się stwierdzić ponad wątpliwość, że konstytucja narządów płciowych odgrywa tu ważną rolę, i to nietylko w rozwoju mięśniaków wogóle, ale i w ich usadowieniu. To ostatnie spostrzeżenie zachęca do podjęcia porównawczych badań nad budową i unaczynieniem warstwy podśluzowej i podsurowiczej mięśnia macicznego u kobiet o prawidłowej i uchylonej ku minus konstytucji narządów płciowych«.

Przytoczyłem dosłownie ustęp powyższy, wykazujący, jaką wagę przypisuje autor typom konstytucjonalnym, przezeń odróżnianym, pod względem wpływu na powstawanie i usadawianie się mięśniaków.

Na czem może polegać konstytucjonalizm organizmu? Podstawa konstytucjonalizmu, wrodzonych indywidualnych właściwości wyróżniających organizmy, podstawa różnego oddziaływania indywidualnego na wpływy zewnętrzne czy nawet wewnętrzne o d n o ś n i e d o r ó ż n o r a k i c h k a t e g o r y j k o m ó r e k i systemów tkankowych, wchodzących w skład organizmu, polegać może chyba tylko na różnicach w budowie chemicznej i morfologicznej miąższu komórki i stąd także wynikających różnicach indywidualnych co do wzajemnej zależności chemicznej i nerwowej [1]) tkanek i narządów organizmu. Brak czy niedostatek lub też może nawet nadmiar w miąższu komórki czy to pewnych cząstek składowych chemicznych czy też także morfologicznych, zapoczątkowany czy to w czasie zapłodnienia — a więc znamię odziedziczone —, czy też w bardzo wczesnym, okresie rozwoju w czasie wyróżniania się różnorakich komórek i systemów tkankowych — a więc znamię wrodzone —, tłómaczyćby mógł to różne oddziaływanie komórek na wpływy, czyto na nie bezpośrednio działające, czy też wynikające z wadliwych wpływów wewnętrznych, jako następstwa naruszonej normalnej wzajemnej zależności narządów organizmu.

Od jakości, energji, czasu działania wpływu działającego zależeć będzie stopień oddziaływania komórek czy systemów tkankowych, narządów.

Wiadomo, jak bardzo różnią się różnorakie komórki pod względem mnożności w normalnym organizmie, jeżeli taki typ anatomiczno-fizjologicznej doskonałości wogóle istnieje, tak iż można ułożyć komórki w skalę, na której szczycie jako niemnożne, nieodnowne znajdują się komórki zwojowe, nerwowe, a na najniższym szczeblu komórki tkanki łącznej, jako najłatwiej mnożne, najmniej nadwerężne, najmniej wybredne, łatające wszelkie szczerby, luki powstałe w tkankach. Ale również wiadomo, że takie same komórki nie w każdym organiźmie równie są mnożne, że istnieją, pomijając wpływ wieku organizmu, indywidualne różnice w mnożności, stąd n. p. nierównie łatwa, nierównie rychła gojność ran, złamań, stąd n. p. nierówność owłosienia; a przykładów indywidualnych różnic mnożności różnych komórek dałoby się więcej przytoczyć.

Właściwości indywidualne odnosić się mogą do pewnego gatunku komórek, ich sprawności, wątłości czy mnożności, do pewnych systemów tkankowych n. p. do układu krwionośnego, lub ich części. (N. p. tętniczak kędzierzasty, znany jako aneurysma cirsoides. Okaz typowy takiego tętniczaka, usadowionego w kończynie górnej, znajduje się w krakowskiem muzeum anatomiczno-patologicznem. Znam z własnego doświadczenia przypadek stwierdzony sekcją, że żyły po stronie prawej tułowia były znacznie więcej rozwinięte, obszerniejsze, aniżeli po stronie przeciwnej).

Właściwości indywidualne obejmować mogą cały organizm (olbrzymiość, karłowatość, dziecięcość organizmu) lub części jego (wzrost olbrzymi jednej tylko kończyny), polegać mogą na różnego stopnia rozwoju pewnych tkanek, jak to n. p. spotykamy w wyrostku robakowatym, w którym część mięsna czy limfatyczna przedstawiać może już nawet makroskopowe różnice. Podobnie rzecz się ma w jajowodzie, w którym tak część mięsna jakoteż fałdzistość śluzówki bywa różnostopniowa. Stąd między innemi powodami wpływ takiego stanu konstytucjonalnego na powstawanie zapalenia wyrostka jakoteż na powstawanie ciąży jajowodowej.

We wzajemnym stosunku części składowych jakiejś tkanki istnieć mogą jako stan wrodzony różnice, nawet znaczne, na korzyść albo na szkodę jednej lub drugiej części składowej tkanki czy narządu, jak n. p. w macicy, w której część mięsna może być mniej obficie rozwinięta, a tkanka łączna obfitsza, co znowu n. p. na stan macicy ciężarnej jakoteż czynność porodową wywierać musi wpływ ujemny.

W obręb indywidualnych właściwości stanu konstytucjonalnego organizmu zalicza się słusznie wadliwości rozwojowe, polegające na niedoroście (hypoplasia) narządów poszczególnych, prawidłowo zresztą zbudowanych, lecz za małych w porównaniu do innych narządów i całego danego organizmu, n. p. niedokształt (hypoplasia) serca, układu tętniczego, macicy.

Wadliwość rozwojowa, polegająca na pewnym nieładzie w składzie tkanki czy narządu, na istnieniu cząstek tkanki odprysłych, zbłąkanych w obszar obcy, n. p. cząstki nadnercza w obszar podtorebkowy czy części korowej nerki, przytarczyc w obręb tarczycy, jak gruczoły trawienne w zakrtaniowej części przełyku, jak cząstki trzustki w ścianie żołądka lub jelita, ogniska chrząstki pozostałej w obrębie nasady kości długich, twory, które mogą być i bywają zawiązkiem nowotworowym, — to także jedna z własności indywidualnych wrodzonych.

Znane są wtręty nabłonkowe w mięśniu macicy, jako pochodzące z życia płodowego wskutek nieładów w rozwoju narządu moczowopłciowego. Wtręty te bywają materjałem nowotworowym, wchodzą nawet w skład t. zw. gruczolakomięśniaków.

Prócz takich wtrętów obcej tkanki, grup komórek obcych, zbłąkanych, spotykamy się z wtrętami jednakotkankowemi, z ogniskami mikroskopijnemi tkanek wchodzących w skład normalnego narządu, jak n. p. wtręty naczyniowe w miąższu wątroby, będące podstawą naczyniaków jamistych.

Odrębności, właściwości konstytucjonalne odnosić się mogą nie do jednego tylko narządu czy systemu tkankowego, ale w jednym i tym samym organizmie do więcej części organizmu, jak to spotykamy n. p. w organizmie kobiecym w postaci niedorostu serca, układu tętniczego, niedorostu, dziecięcości narządu rodnego, niedomogi szpiku kostnego jako narządu krwinkotwórczego, dającej się stwierdzić badaniem krwi, a bodaj, nie zawsze jednakże, do całego organizmu. Należą tu także pewne wady rozwojowe w postaci czyto nierozwitu (aplasia), braku wrodzonego pewnych narządów, jak n. p. tarczycy, śledziony, nerki, macicy, jajników, niedoliczbowości przytarczyc. Takie, dające się stwierdzić, odrębności konstytucjonalne mogą być tylko widomemi piętnami (stigmata) stanu konstytucjonalnego, dotykającego cały organizm.

Szkicowo poruszyłem szereg właściwości indywidualnych, polegających czyto na wadliwościach w budowie chemicznej, jakoteż morfologicznej miąższu komórki, — na razie tylko przypuszczanych, zanim dojdzie się kiedyś do dokładnej czy przynajmniej dokładniejszej znajomości komórki, dotąd zaledwie napoczętej —, wadliwościach, nieuchwytnych dla naszych dotychczasowych metod badawczych, czy też na wadliwościach, dających się stwierdzić anatomicznie, jakoteż mikroskopowo.

Zagadnienie co do istoty stanów konstytucjonalnych nie jest więc — takby z powyższych kilku szczegółów wynikało — tak zupełnie niewyjaśnione, a przynajmniej posiadamy już wskazówki potemu bardzo ważne. Nadto wynikałoby z powyżej przytoczonych szczegółów, że podstawa stanów konstytucjonalnych nie jest jednościowa.

Nie sądzę, by typy konstytucjonalne narządów płciowych, przez autora przytoczonej publikacji odróżniane i pojmowane tak, jak je autor przedstawia, odgrywały, nawet »p o n a d w ą t p l i w o ś ć«, tak decydującą rolę, i to nietylko w rozwoju mięśniaków wogóle, ale także w ich usadowieniu. Autor wprowadza typy konstytucjonalne przezeń odróżniane w związek z usadowieniem mięśniaków podsurowiczych i podśluzowych, a z czemże

---

[1]) Tak jak w okresie rozkwitu bakterjologji znaczenie wpływu organizmu co do nagabności przez mikroby chorobotwórcze zeszło na plan dalszy, a głos organizmu dopiero później znowu odzyskał uznanie, taksamo teraz wskutek coraz dokładniejszych, niewątpliwie ważnych wiadomości o doniosłem znaczeniu gruczołów dokrewnych, polegającem na chemicznej wzajemnej zależności narządów, wpływ i znaczenie układu nerwowego na rozwój i powstawanie różnych niesprawności poczęło tracić niesłusznie, na pewno znowu tylko czasowo, znaczenie dawniejsze.

są w związku mięśniaki śródścienne? Nie sądzę, by badanie porównawcze, proponowane przez autora, mogło wyjaśnić czy rozjaśnić zagadnienie co do powstawania i usadawiania się mięśniaków macicy.

Tak zwane mięśniaki podsurowicze nie powstają bowiem w obrębie warstwy podsurowiczej, tylko w zewnętrznej powierzchownej warstwie mięśnia macicy, skąd wzrastając wysuwają się w kierunku najmniejszego oporu ku powierzchni macicy, a wreszcie zyskać mogą nawet charakter tworów szypułowych, tylko naczyniami krwionośnemi z mięśniem macicy pozostających w związku. Podobnie rzecz się ma z mięśniakami podśluzowemi, które powstają w wewnętrznej powierzchownej warstwie mięśnia macicy i wzrastają ku śluzówce macicznej, w ścisłym związku z mięśniem macicy będącej, brak tu bowiem warstwy podśluzowej, zatoki gruczołowe sięgają nawet w obręb mięśnia macicy nieściśle od śluzówki odgraniczonego, granica bywa nawet zygzakowata. Wtręty te gruczołowe bywają nawet zawiązkami nowotworowemi.

W kwestji powstawania i usadawiania się mięśniaków należy zwrócić, zdaje mi się, uwagę na stosunek guzów mięśniakowych do otaczającego mięśnia macicy. Mięśniaki to guzy kuliste, dokładnie, ściśle odgraniczone od otaczającego mięśnia macicy, rozrzucone w różnych warstwach mięśnia macicy, jako mięśniaki podsurowicze, śródścienne i podśluzowe, a co nadto bardzo ważne, zazwyczaj w luźnym związku z otaczającym mięśniem, w związku tak luźnym, iż dają się często bardzo łatwo wyłuszczać. Podobnie rzecz się ma z gruczolakami w tarczycy. Ścisłe odgraniczenie, kształt ich, bo postać więcej niejako rozlana zdarza się bardzo rzadko, luźny związek mięśniaków z otoczeniem, wyłuszczalność ich, rozsianie mnogie w mięśniu macicy nasuwa myśl, czy podobnie jak wtręty jednakotkankowe w miąższu wątroby bywają podstawą naczyniaków jamistych, — podobnie tłómaczono także powstawanie włókniaczków, jakie w części rdzeniowej nerki niekiedy powstają —, także i wtręty mięsne w postaci ognisk mikroskopijnych nie są podstawą tych ściśle odgraniczonych, wyłuszczalnych, a nierzadko nawet mnogich mięśniaków, niekiedy w jednej i tejsamej macicy tak podsurowiczych, śródściennych, jakoteż podśluzowych. Poszukiwanie takich przypuszczonych wtrętów byłoby wprawdzie nader żmudne, wymagające przeszukiwania mikroskopem skrupulatnie skrawków podłużnych przez całą długość macicy uskuteczniainych, niejako warstwa za warstwą przy użyciu stolika saneczkowego. Metoda badania, dużo czasu zajmująca, ale opłacająca się w pewnych badaniach i zagadnieniach. Przy zwykłem przeszukiwaniu preparatu mikroskopowego niejeden szczegół uchodzi uwagi albo przypadkowo bywa dostrzegany. Niekiedy przypadek przychodzi w pomoc i nasuwa w toku badania w innym celu przedsiębranego obraz, wyróżniający się czemkolwiek od otoczenia jego[1]). Czem takie wtręty różnićby się mogły od reszty mięśnia, czy odmiennem ugrupowaniem komórek mięsnych, niejako wirów, czy wielkością, kształtem, strukturą tychże, niepodobna przesądzać. Należałoby do poszukiwań tych wyzyskać materjał ze zwłok, macice, w których tkwią drobne, jak najdrobniejsze makroskopowe mięśniaczki (bo większe guzy działają rozpychająco na otaczający mięsień macicy i naruszają układ włókien), macice, w których istnieje już ślad nowotworzenia, a nierzadko pojawiają się mięśniaki mnogie i w których łatwiej przy przeszukiwaniu mikroskopem natrafićby można na owe przypuszczone zawiązki nowotworowe, a zdaje mi się, jest to bardzo a bardzo prawdopodobne. Dodatni wynik takich poszukiwań miałby podwójne znaczenie, raz wyjaśnienie powstawania i usadawiania się mięśniaków macicy, po drugie rzuciłoby to dalsze światło na powstawanie przynajmniej niektórych nowotworów w ogólności.

Tak pojmowane powstawanie mięśniaków, wyjaśniające także różne ich usadowienie, na tle komórek czy grup komórkowych, czy cząstek tkanek konstytucjonalnie różnych od innych tegoż samego gatunku w tym samym narządzie, opiera się na przyjęciu istnienia wrodzonych niejako zawiązków nowotworowych wśród tkanek.

Pojmowałem (Pamiętnik XI. Zjazdu chirurgów polskich r. 1902 str. 29) i pojmuję podstawę nowotworową wogóle jako opartą na istnieniu z czasów rozwoju płodowego czyto zawiązków nowotworowych, jako mikroskopijnych ognisk komórek, czy też odrębnych właściwości pewnych komórek, systemów tkankowych. Pojawianie się różnych nowotworów w jednym i tymsamym narządzie lub też różnych odmian tegosamego nowotworu w jednym i tymsamym organizmie przemawia także za tem, iż w pewnych właściwościach komórek, grup, ognisk komórkowych tkwić może podstawa nowotworów, »właściwa tylko pewnym organizmom«, niejako fatum organizmowe. W przeciwnym razie wobec częstości, codzienności działania różnorodnych czynników, wpływów zewnętrznych, byłyby nowotwory zjawiskiem powszedniem, a tak przecież nie jest. (Pamiętnik Zjazdu str. 29).

Rozwój nowotworowy takich zawiązków wrodzonych dziać się może bezwarunkowo tylko pod wpływem czynników różnorodnych, — bo nie jednakiego rodzaju bywają te wpływy, jak poucza doświadczenie, kazuistyka[1]) —, stanowiących niejako podniety, wyzwalające twórczość tkwiącą już w komórkach, a nie mogące jej nadać, mogące chyba tylko potęgować twórczość wskutek dalszych zmian w strukturze chemicznej czy morfologicznej miąższu komórek, a na tem chyba tylko, jak to na początku uwag tych nadmieniłem, polegać może konstytucjonalna właściwość komórek.

Odmienne własności także czynnościowe komórek nowotworowych, przeinaczenie komórek, nie wszystkich jednakże nowotworów, n. p. rakowych, zaopatrzonych nawet w pewien zmysł organizacyjny[1]) — komórka rakowa kieruje niejako organizacją tkanki rakowej w ognisku przerzutowem —, przemawiają również za istnieniem w pewnych organizmach takich mikroskopijnych zawiązków nowotworowych czy grup komórkowych o pewnych właściwościach, czy też za istnieniem odrębnych właściwości pewnego gatunku komórek lub systemów tkankowych, które dopiero przy zbiegu odpowiednich warunków rozwijać się mogą, a które w braku warunków wyzwalających, utajone, trwać mogą bez szkody przez całe życie organizmu.

Cohnheim oparł teorję swoją nowotworową na stwierdzonych, w wielu częściach organizmu spotykanych ogniskach komórkowych, tkanek zbłąkanych, z czasu rozwoju płodowego pochodzących, które stać się mogą i rzeczywiście bywają materjałem nowotworowym. Pogląd, którego jestem wyznawcą, przypisuje dodatkowo jeszcze komórkom, takie zbłąkane ogniska składającym, ale także komórkom wchodzącym w skład systemów tkankowych, a będącym później materjałem nowotworowym, pewne odrębne właściwości, czyniące je nietylko zdolnemi do mnożenia się ponad miarę fizjologiczną, ale wyróżniające je także czynnościowo, — to właśnie nadaje istotny charakter nowotworom, wprawdzie nie wszystkim, przedewszystkiem rakom, — od komórek wchodzących w skład normalnego organizmu wykształconego czy płodowego.

Ta przypuszczana tylko, bo nieudowodniona jeszcze podstawa powstawania i usadawiania się mięśniaków, także śródścienne, znajdowałaby się także w obrębie konstytucjonalnego stanu organizmu czy narządu, stanu nie będącego jednak w związku z konstytucją narządów płciowych przez autora przytoczonej publikacji przedstawioną.

Czy nie za szczupły materjał statystyczny, — statystyka to obosieczny argument —, na jakim oparł autor wnioski co do powstawania mięśniaków i ich usadawiania się, oparte zresztą o interesującą i ważne ogólne zagadnienie, jakkolwiek bardzo dawne, podnoszącą pracę: »Studja nad konstytucją narządów płciowych kobiecych«.

Wysoko dawniej ceniony głos organizmu, uwidoczniony także w pojęciu vis medicatricis naturae, odzyskuje teraz znowu coraz więcej wartości i znaczenia.

Sierpień 1920.

---

[1]) W toku badania mikroskopowego zmian w nerkach spotyka się niekiedy obrazy rozkrzewiających się zatokowato cewek, obrazy nasuwające myśl, czy nie są to takie wtręty wrodzone, któreby w takiej nerce mogły być podstawą nowotworu.

[1]) Doświadczalne zjawisko sztucznego dzieworództwa świadczy o możliwości pobudzania komórki do mnożenia się różnymi czynnikami fizykochemicznemi.

[1]) Na Zjeździe chirurgów polskich w r. 1902 wypowiedziałem następujące zdanie:

»Rozsadnikami raka są komórki nabłonkowe przeniesione drogami limfatycznemi, krwionośnemi, wciskające się w otaczającą tkankę. Mamy więc zjawisko przeszczepienia komórek jako takich, nadających charakter histologiczny tkance nowotworowej, zjawisko przeszczepienia się komórek, w których tkwi pewien plan organizacyjny, bo w tem miejscu tworzy się tkanka o pewnem stałem grupowaniu się rozmnażających się komórek nabłonkowych w stosunku do siebie samych, jakoteż do rozwijających się naczyń i tkanki łącznej«.

Rany postrzałowe klatki piersiowej i gruźlica płuc

podał
Dr Karol Rozenfeld (Częstochowa).

(Wykład w Towarzystwie lekarskiem Częstochowskiem w d. 18. IX. 1920).

Związek etjologiczny między urazem klatki piersiowej i gruźlicą płuc należy do tych zagadnień naukowych, które wymagają rozwiązania nietylko ze względów teoretycznych, ale i praktycznych sądowolekarskich. Chociaż zagadnienie to oddawna budziło zainteresowanie lekarzy i było przedmiotem licznych prac i badań w ubiegłem stuleciu, nie zostało jednak rozstrzygnięte w ostateczny sposób. Dawna teorja, która przypisywała urazowi tak ważną rolę w powstawaniu gruźlicy i przekazała nam w spuściźnie nieścisłe pojęcie gruźlicy płucnej urazowej, nie przestaje do dziś dnia oddziaływać na poglądy niektórych autorów. Zupełnie słusznie nawołuje Sokołowski[1]) do krytycznego traktowania różnych ogłaszanych od czasu do czasu w piśmiennictwie spostrzeżeń. Po rozpatrzeniu materjału kazuistycznego, zebranego w monografji Sterna, oraz na podstawie własnego doświadczenia, zaprzecza Sokołowski istnienia ściślejszego związku etjologicznego między urazem i powstałą w następstwie gruźlicą. Jego zdaniem, może być mowa tylko o związku warunkowym w przypadkach wyjątkowych, w których uprzednie cierpienie gruźlicze da się napewno wyłączyć. Opinji tej nie podziela wielu autorów niemieckich. Kuthy i Wolff-Eisner[2]) dowodzą, że znaczenia urazu w powstawaniu ostrej i przewlekłej gruźlicy płuc nie należy bynajmniej lekceważyć. Uraz może nietylko wyzwalać laseczniki, drzemiące w starych i zagojonych ogniskach gruźliczych, ale przez naruszenie całości płuca stwarza glebę podatną dla ich dalszego rozwoju. W ten sposób gruźlica skryta, nieczynna, staje się otwartą i czynną. Wzmianki analogicznej treści znajdujemy w pracach Tendeloo, Webera, Granchera i Barbiera, Erni, Neissego i innych. Widzimy zatem, że znaczenie urazu w powstawaniu gruźlicy płucnej oceniane jest niejednakowo przez różnych autorów i że kwestja ta wymaga dalszych poszukiwań. Do tego celu nadaje się doskonale olbrzymi materjał urazowy, dostarczony przez wojnę światową. Rozmaite stłuczenia klatki piersiowej, zgniecenia, rany postrzałowe przeszywające, rany częściowe, powikłane uszkodzeniem kośćca lub obcemi ciałami w miąższu płucnym, — wszystko to, jako przedmiot częstej obserwacji lekarskiej, mogłoby stanowić wdzięczne pole do badania stosunku między urazem i gruźlicą płuc.

W czasie czteroletniego pobytu w Rosji, pracując stale w lazaretach ziemskich, spostrzegałem kilkadziesiąt przypadków ran postrzałowych, przeszywających na wylot klatkę piersiową i płuca. Z powodu braku historji chorób, a zwłaszcza notatek, dotyczących świeżych ran postrzałowych, spostrzeganych w 1915 roku w Baranowiczach, nie mogę odpowiednio wyzyskać mojego materjału i opisać szczegółowo klinicznego przebiegu cierpienia, jego najczęstszych powikłań i następstw. Zakreślając sobie w pracy niniejszej znacznie węższe ramy, będę korzystać tylko ze spostrzeżeń zebranych w 1916/17 r. w Tambowie i, pominąwszy szczegóły, poprzestanę na ogólnej i możliwie krótkiej charakterystyce chorych. Ogólna liczba przypadków — 40. Czas obserwacji od 2 miesięcy do $1^1/_2$ roku od daty wypadku. 23 chorych wstąpiło do lazaretu w 2 miesiące po otrzymaniu rany, 12 chorych — po 6 miesiącach, a 5 po roku. W 13 przypadkach stwierdzono choroby, nie mające żadnego związku z raną postrzałową (cierpienia żołądkowe, kiszkowe, nerwowe i t. p.). Większość chorych ze świeżemi ranami postrzałowemi po kilkutygodniowym pobycie w lazarecie i zbadaniu przez komisję lekarską wysyłano na 3 miesiące do domu. Po skończonym urlopie, mniej więcej po 6—10 miesiącach od daty wypadku, niektórzy zgłaszali się do lazaretu powtórnie i byli ponownie badani. Celem ułatwienia sobie charakterystyki rannych, podzielę ich na 2 kategorje. Do pierwszej zaliczam przypadki, w których rana płucna goiła się szybko bez powikłań, do drugiej — przypadki powikłane zakażeniem i wtórnem schorzeniem płuca i opłucnej.

W olbrzymiej większości przypadków przebieg ran przeszywających płuca był zdumiewająco pomyślny (34 przyp. = 85%). U wielu chorych już po 2 miesiącach badanie fizyczne płuc dawało wyniki ujemne. Czasami jedyną pozostałością rany postrzałowej w tym okresie czasu była mniejsza ruchomość odpowiedniej strony klatki piersiowej i osłabienie oddechu. Niektórzy wyglądają dobrze i uważają się za zupełnie zdrowych, inni skarżą się na bóle w okolicy rany, męczenie się przy ruchu i większym wysiłku fizycznym, dość często na kaszel. W kilku przypadkach spostrzegałem nieżyt oskrzeli ze świstami, kaszlem i skąpą plwociną śluzową. Znacznie częściej po 2 miesiącach znajdujemy resztki po przebytem cierpieniu opłucnej: przytłumienie różnego stopnia w dolnej części klatki piersiowej po stronie rany, zmniejszenie drżenia głosowego, osłabienie oddechu, szmer tarcia, czasem drobne rzężenia. Objawy te są następstwem wylewu krwi do jamy opłucnej, co zdarza się średnio w 70% przypadków. Jeżeli wylew krwawy śródopłucny (haemothorax) nie ulegnie zropieniu, występuje słaby odczyn zapalny ze strony opłucnej i krew ulega wessaniu. Szybkość, z jaką następuje powrót do stanu prawidłowego, zależy od wielkości krwotoku i od stopnia odczynu. Nieraz dosyć znaczne stłumienia, sięgające powyżej kąta łopatki, po 4—8 tygodniach zupełnie znikały.

W przypadkach ran postrzałowych niepowikłanych, zaliczonych do kategorji pierwszej, ani razu nie stwierdziłem objawów, któreby mogły budzić przypuszczenie rozwoju gruźlicy płucnej w następstwie otrzymanej rany. A jednak wśród tego zespołu rannych byli niewątpliwie tacy, którzy mieli stare i zagojone ogniska gruźlicze i u których rana płucna mogła była łatwo wywołać wybuch ostrej gruźlicy lub przynajmniej pogorszenie sprawy. W jednym przypadku u 30-letniego żołnierza, pochodzącego z rodziny gruźliczej i od lat kilku skłonnego do kaszlu, obok rany przeszywającej na wylot dolną część prawego płuca była stara włóknista zmiana szczytu po tejsamej stronie. Szczyt był zapadnięty; wyraźne stłumienie nad grzebieniem łopatki, nad i pod obojczykiem do 2. żebra, wdech szorstki z wydłużonym chuchającym wydechem, bez rzężeń. Kilkakrotne badanie plwociny nie wykryło laseczników gruźliczych. Stan ogólny i podmiotowy rannego w ciągu 9 miesięcy od daty wypadku był najzupełniej dobry. Później straciłem go z oczu. W drugim przypadku żołnierz, l. 25, obciążony dziedzicznie i dotknięty gruźlicą przewlekłą (przed 4 laty — krwotok płucny), miał lewe płuco przestrzelone na wylot. Wejście kuli — z przodu pod 3. żebrem, na wewnątrz od stawu barkowego, wyjście — obok dolnego kąta łopatki. Chory dostał się pod moją opiekę w 5. miesiącu po otrzymaniu rany. Ogólny stan dobry, ciepłota prawidłowa, tętno około 80. Kaszel średni, plwocina dość obfita śluzoworopna. Niema laseczników i włókien sprężystych. Odgłos opukowy nad lewym szczytem nieco krótszy i wyższy, wdech szorstki, wydech wydłużony, świsty. To samo na całej przestrzeni lewego płuca (emphys. et bronch. diff.). Z prawej strony wyraźne stłumienie w szczycie z przodu do 2. żebra, z tyłu prawie do $^1/_3$ łopatki. Oddech zwłaszcza pod obojczykiem o charakterze oskrzelowym, po kaszlu nieliczne drobne rzężenia wilgotne. Niżej — świsty, pod łopatką pojedyncze rzężenia. Chorego miałem sposobność zbadać ponownie po upływie 4 miesięcy. Utył, stan ogólny i podmiotowy b. dobry, kaszel mały, świsty zginęły, w plwocinie niema laseczników, w szczytach objawy opukowe i osłuchowe bez zmiany.

Współistnienie w tych przypadkach rany postrzałowej płuca z gruźlicą przewlekłą nieczynną zasługuje na szczególną uwagę. Nie ulega bowiem wątpliwości, że opisane zmiany szczytowe są pochodzenia gruźliczego, że istnieć musiały już dawniej, przed otrzymaniem rany i nie są jej następstwem. Spostrzeżenia te zdają się dowodzić, że nietylko u ludzi zdrowych, ale i u niektórych osób, dotkniętych przewlekłą nieczynną gruźlicą, rany postrzałowe przeszywające goją się dobrze i zabliźniają w zupełności. Nie widzimy przysłowiowego uruchomienia laseczników, które w uszkodzonej części płuca miałyby obierać sobie nową siedzibę dla swego rozwoju. Z drugiej zaś strony dobry stan ogólny, brak gorączki, laseczników w plwocinie, niezmienność objawów fizycznych miejscowych — zdają się świadczyć, że i sprawa szczytowa, nawet po stronie rany, niekoniecznie musi ulegać pogorszeniu.

Oczywiście we wnioskowaniu z pojedynczych faktów nie możemy posuwać się zbyt daleko i tworzyć ogólnej teorji. Rozwój gruźlicy w następstwie rany postrzałowej płuca nie jest bynajmniej wyłączony, ale okoliczność ta już ze stanowiska dotychczasowych rozważań nie upoważnia do upatrywania w ranie postrzałowej bezpośredniej przyczyny gruźlicy. Wystąpienie gruźlicy dowodzi tylko, że osobnik ranny albo był poprzednio chory, albo że w przebiegu gojenia się rany zaszły jakieś szczególne okoliczności, które zmniejszyły zdolność obronną ustroju i przy usposobieniu do gruźlicy ułatwiły jej wybuch. Pomijając inne oddziaływania szkodliwe, wspomnę o możliwości zakażenia zewnętrznego wskutek obcowania rannych z suchotnikami na wspólnych salach szpitalnych.

Z ran postrzałowych powikłanych (6 przyp. = 15%) dla naszego zagadnienia ważne są następujące przypadki.

Przypadek I. J. P., lat 23, ojciec i wuj chorzy na gruźlicę. Od dzieciństwa wątły, zapadał na różne choroby. W 1912 r. długotrwałe zapalenie oskrzeli z gorączką, w 1913 r. — krwioplucie. 22. XI. 1915 — rana postrzałowa lewego płuca. Chorował bardzo ciężko przez kilka tygodni, podobno miał zapalenie płuc z wysoką gorączką. St. pr. 3. V. 1916. Odżywienie złe, bladość, ciepłota wieczorami do 38°, tętno 110. Wejście kuli pod lewym obojczykiem, wyjście — pod dolnym kątem łopatki. W lewym szczycie stłumienie z przodu do 2 żebra, z tyłu do grzebienia łopatki, wdech osłabiony nieokreślony, wydech wydłużony chuchający. Pod i nad obojczykiem drobne rzężenia wilgotne, dość liczne. W dolnej części płuca pod łopatką — odgłos opukowy przytłumiony, oddech osłabiony, drżenie głosowe osłabione, rzężenia. Nad prawym szczytem stłumienie mniej wyraźne, oddech szorstki, ślady rzężeń po kaszlu. Kaszel mocny, plwocina obfita, sporo laseczników gruźliczych. W lazarecie przez 3 dni krwioplucie. W tym przypadku rozwój gruźlicy w szczycie lewym jest zapewne dalszym ciągiem sprawy, która tliła się od szeregu lat i uległa pogorszeniu pod wpływem urazu. W dolnej części płuca w następstwie rany i przebytego zapalenia płuc rozwija się prawdopodobnie świeże ognisko gruźlicze.

Przypadek II jest tak podobny do pierwszego pod względem klinicznym, że szczegółowy opis byłby bezcelowy. Przestrzelony górny zraz prawego płuca. Po 6 miesiącach w szczycie prawym objawy rozwijającej się gruźlicy o charakterze podostrym. W plwocinie mała ilość laseczników. Wywiady oraz właściwości sprawy miejscowej mówią o zaostrzeniu dawnego cierpienia. Podkreślić muszę, że w obu przypadkach przebieg rany postrzałowej od samego początku był ciężki, że zapalenie płuca, które wystąpiło zaraz po otrzymaniu rany, było niewątpliwie czynnikiem, sprzyjającym rozwojowi gruźlicy.

Przypadek III, T. D., lat 22, poprzednio zawsze zdrowy. 10. V. 1916 r. zraniony w prawą stronę klatki piersiowej odłamkiem pocisku. W ciągu doby nieprzytomny. Przez dłuższy czas krwioplucie, kaszel, gorączka do 39·5°. Podobno miał zapalenie płuca i opłucnej. Robiono aspirację, płyn mętny. St. pr. 23. XI 1916. Budowa prawidłowa, odżywienie mniej, niż średnie, chory bladawy. Ciepłota waha się od 37° do 37·8°, tętno 90. Nad prawym sutkiem blizna niekształtna, wielkości 2 kop., częściowo przyrośnięta do 4. żebra. W tem miejscu małe zgrubienie żebra. Prawa połowa klatki piersiowej słabiej rozszerza się przy wdechu. Nad prawym szczytem stłumienie najwyraźniejsze między 2. i 3. żebrem. Drżenie głosowe wzmożone. Oddech szorstki chuchający ze sporą ilością rzężeń drobnobańkowych wilgotnych. Pod sutkiem odgłos opukowy lekko stłumiony, oddech osłabiony, świsty. Z tyłu stłumienie mniej wyraźne do grzebienia łopatki, oddech szorstki, mniej rzężeń. Pod łopatką bardzo słabe przytłumienie, osłabienie oddechu i świsty. W lewem płucu nic szczególnego. Kaszel mocny, plwocina obfita, śluzoworopna, kilkakrotnie żyłki krwawe, ani razu nie wykryto laseczników gruźliczych i włókien sprężystych. Chory wypisał się po miesiącu bez żadnej poprawy.

W przypadku tym, mimo ujemnego wyniku badania plwociny, zespół objawów ogólnych i miejscowych przemawiał za rozpoznaniem podostrej gruźlicy prawego szczytu i za pozostałościami po przebytem zapaleniu opłucnej. Atoli badanie radioskopowe, wykonane w instytucie ziemskim, stwierdziło w płucu na wysokości 2. żebra ciało obce, będące zapewne odłamkiem pocisku, wielkości ziarnka fasoli. Widocznie odłamek ten powodował przewlekłe zapalenie szczytu, którego obraz kliniczny łudząco przypominał gruźlicę.

Podług niektórych autorów (Mc Dougall [3]), przewlekłe zapalenie płuca, zależne od obecności ciała obcego, może nastręczać wielkie trudności rozpoznawcze. »Ból, kaszel, krwioplucie, gorączka, wyniszczenie, plwocina ropna, ograniczenie ruchów oddechowych klatki piersiowej oraz wszystkie objawy opukowe i osłuchowe, charakterystyczne dla rozwijającej się gruźlicy, mogą być również następstwem ciała obcego, tkwiącego w górnym płacie płuca«. W piśmiennictwie są przypadki, w których usunięcie odłamka metalowego na drodze chirurgicznej kończyło się zupełnem wyzdrowieniem chorych. Wynik ten byłby zgoła nieprawdopodobny przy zmianach gruźliczych. To też Sergent [4]) w rozpoznawaniu gruźlicy płucnej, powstałej w następstwie ran postrzałowych, radzi zachować jaknajwiększą ostrożność. W jednym przypadku, operowanym przez Tuffiera [5]), nie stwierdzono w szczycie ani śladu domniemanej gruźlicy, natomiast maleńkie ciało obce z objawami podrażnienia tkanki płucnej w najbliższem sąsiedztwie. Stąd wypływa wniosek, że ilekroć w następstwie rany postrzałowej rozwijają się objawy kliniczne, przypominające gruźlicę, jedynie pewnym w rozpoznaniu sprawdzianem będzie wykrycie w plwocinie laseczników gruźliczych. Wielkie usługi oddaje również prześwietlanie klatki piersiowej promieniami Roentgena. Badanie to łatwo wykaże obecność kuli, jakiegoś ciała metalowego, wyrzuconego przez pocisk lub odłamka kostnego, powstałego wskutek uszkodzenia żeber, obojczyka, łopatki. Ale nawet w razie ujemnych wyników badania rentgenologicznego, nie możemy mieć bezwzględnej pewności, czy nie utkwił przypadkowo w płucu wciągnięty przez kulę jakiś strzęp odzieży, który mógłby także wywołać zmiany zapalne na ograniczonej przestrzeni i objawy rzekomej gruźlicy. Jednakże ciało obce w płucu niezawsze musi mieć szkodliwe następstwa. Podług obliczeń niektórych autorów, ciała obce w następstwie ran postrzałowych klatki piersiowej w 20,2% przypadków nie wywołują żadnych objawów klinicznych (Mc Dougall).

Kończąc opis swoich spostrzeżeń, dochodzę do wniosku, że rany postrzałowe klatki piersiowej nie mogą być uważane za czynnik, uposabiający do rozwoju gruźlicy, ani za jej bezpośrednią przyczynę. Pomimo wielkiego rozpowszechnienia tej choroby w armji rosyjskiej, otwartą gruźlicę stwierdziłem tylko 2 razy, co w stosunku do 40 rannych wynosi 5%. W obydwóch przypadkach rana postrzałowa wywołała tylko zaostrzenie i zapewne pogorszenie starego rozwijającego się powoli cierpienia. Przebieg choroby był jednak niezbyt ciężki i nie przedstawiał żadnych odrębnych właściwości.

Spostrzeżeniom moim zarzucić można, że obejmują przypadki świeże, że odstęp czasu między urazem i obserwacją był względnie krótki i dlatego niektórzy ranni po opuszczeniu szpitala mogli zapadać później na gruźlicę. Że fakty takie zdarzać się mogły, nie ulega żadnej wątpliwości, ale jakiś jeden fakt nie może mieć dla sprawy zasadniczego i rozstrzygającego znaczenia. W przypadku późnej gruźlicy pourazowej orzeczenie nasze opierać się będzie na krytycznem wszechstronnem rozważeniu okoliczności, które zaszły od czasu wypadku i które tak czy owak mogły zaważyć na szali. Z góry przypuszczać można, że jeżeli pierwotny wstrząs nerwowy, naruszenie całości płuca, krwotok do jamy opłucnej, sprawa zapalna w związku z gojeniem się rany, większe lub mniejsze powikłania, wreszcie leżenie w szpitalu w opłakanych nieraz warunkach sanitarnych, jeżeli wszystkie te czynniki nie wywołały gruźlicy w ciągu pierwszych miesięcy, to jeszcze mniej prawdopodobnym staje wpływ urazu po upływie dłuższego czasu, po zupełnem zagojeniu się rany i powrocie chorego do zdrowia. Gdyby istotnie większość rannych zapadała po dłuższym czasie na gruźlicę, wówczas faktycznie moglibyśmy myśleć o związku przyczynowym tych zjawisk, o szkodliwym »tuberkulizującym« wpływie blizn i zrostów, pozostałych po ranie. Ale spostrzeżenia, zebrane dotychczas przez różnych autorów, nie dają żadnej podstawy do takich przypuszczeń. W każdym bądź razie byłaby pożądana dłuższa obserwacja rannych i w tym celu moglibyśmy korzystać z materjału własnego, dostarczonego przez obecną wojnę naszą z Rosją.

Wyniki moich spostrzeżeń godzą się w zasadniczych punktach z badaniami innych autorów, że wymienię Sergenta, Malespinea [6]), Boineta [7]), Mc Dougalla, Tecona [8]). Sergent, jeden z pierwszych, którzy w piśmiennictwie francuskiem zwrócili na tę kwestję uwagę, dowodzi, że gruźlica płuc w następstwie ran postrzałowych klatki piersiowej należy do spostrzeżeń wyjątkowo rzadkich. Jeżeli wyłączymy przypadki, powstałe zapewne wskutek zakażenia zewnętrznego, oraz możliwe pomyłki rozpoznawcze, pozostanie bardzo niewielka ilość przypadków prawdziwej gruźlicy. Ale i w tych razach ustalenie stosunku przyczynowego między nią i urazem natrafia na duże trudności. Podług Sergenta powinniśmy kierować się terminem, jaki upłynął od daty wypadku i stopniem rozwoju pierwszych objawów gruźliczych. Badania Boineta i Tecona stwierdzają słuszność poglądów Sergenta, chociaż pod względem statystycznym nieco się różnią.

Zasługuje na uwagę krótka wzmianka, poświęcona zajmującemu nas tu zagadnieniu w angielskiej pracy Mc Dougalla. Autor ten podaje, że na ogólną liczbę 1783 przypadków starych ran postrzałowych klatki piersiowej (old chest wounds), zebranych z piśmiennictwa, pewne objawy gruźlicy płucnej stwierdzono tylko w 5 przypadkach, co wynosi 0,28%. Na tle stosunków, panujących pod tym względem w armji rosyjskiej, liczba ta wydaje się dziwnie małą. Sądzę, że autor miał na myśli wyłącznie przypadki, z których istotnie można dowieść związku przyczynowego między gruźlicą i raną. W moim materjale przypadku takiego nie było.

Piśmiennictwo

1) A. Sokołowski: Gaz. lek. Nr 28, 1902, str. 692. — 2) Kuthy u. Wolff-Eisner: Die Prognosenstellung b. d. Lungentuber. Berlin 1914, str. 120. — 3) I. Mc Dougall; Lancet vol. II, Nr 22, 1919, str. 971. — 4) M. Sergent: Jour. de méd. et de chir. prat. 25 VII, 1916 i Soc. Méd. d. Hop. Presse med. Nr 75, 1919. — 5) Soc. Méd. d. Hop. Presse med. Nr 75, 1919, str. 758. — 6) E. Malespine: Les sequelles des plaies de guerre du poumon. Lyon 1917. — 7) Boinet: ref. Presse med. Nr 5, 1920, str. 50. — 8) Tecan: Rev. méd. de la Suisse Romande, T. XXXIX, Nr 8 i 9. 1919.

Sposób umożliwiający badanie komory prawej serca.

Podał

Doc. Dr Karol Mayer.

(Według II części wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem d. 13. X. 1920).

Powiększenie stłumienia sercowego na prawo świadczy o rozszerzeniu głównie przedsionka prawego. Z tego faktu wnosimy, że prawa komora się powiększyła. W literaturze i w praktyce przeocza się, że to tylko wniosek, który może być fałszywy; utarło się utożsamianie przedsionka z komorą. W chorobach serca śledzimy niemal na każdym kroku za rozszerzeniem, jest ono bowiem najpospolitszym i najprostszym objawem niedomogi serca zarówno przy wadach zastawkowych, jakoteż przy każdem schorzeniu mięśnia sercowego. Najłatwiej i najczęściej ulega rozszerzeniu komora prawa. Toteż równie często powstają nieporozumienia, pomieszania i trudności w rozpoznawaniu zwłaszcza wczesnych okresów niedomogi, jeżeli z badania przedsionka sądzi się o komorze prawej. Oczywiście przy znacznych rozszerzeniach dopomaga pośrednio rozpoznaniu stwierdzenie zaburzeń w krążeniu ogólnem. Wszelako w rozpoczynających lub przewlekłych, lecz w małym stopniu utrzymujących się osłabieniach serca, w przypadkach wątpliwych i zawiłych, w których objawy ze strony krążenia ogólnego bywają niepewne, w schorzeniach, gdzie bardzo ważne jest rozpoznanie, czy lewa, czy prawa komora uległa rozszerzeniu, dotychczasowem badaniem samego tylko serca dochodzi się często do wyniku całkiem ujemnego, albo przywiązuje się zbyt wielką wagę do zachowania się przedsionka prawego.

Tymczasem istnieją zasadnicze dowody, że rola przedsionka prawego jest bardzo skromna lub nieraz nie ma żadnego znaczenia nawet pomocniczego. Przykładem tego są wyrównane wady zastawki dwudzielnej, w których stwierdzamy często znaczne powiększenie przedsionka prawego, mimo dostatecznej sprawności serca. Jeszcze bardziej się to uwydatnia, kiedy przy wyraźnej niedomodze rozszerzenie na prawo, nie ulegające wątpliwości, utrzymuje się nadal, lubo usuniemy niedomogę. Znaczne rozszerzenie przedsionka trwa zatem w dalszym ciągu, podczas gdy ważniejsza dla krążenia komora prawa spełnia znów swe zadanie należycie[1]). Podobnie zdarza się w schorzeniach mięśnia sercowego. Wiadomo też, że przy wielu chorobach serca przedsionek prawy stanowi dopiero późny przystanek, na którym z kolei przychodzi do wyraźniejszego rozszerzenia. Po wielkości tego przedsionka nie możemy rozpoznać przerostu komory prawej. Pamiętajmy także, iż powiększona komora lewa może przesunąć na prawo prawidłowy przedsionek, a temsamem wywołać złudzenie powiększenia przedsionka, i że nawet zwyczajne podniesienie się lub obniżenie przepony z różnych powodów może w błąd wprowadzić. Poprzestając już na tych naszkicowanych faktach, dałem zgoła niedwuznaczny dowód, jak dalece jest się narażonym na fałszywe wnioski, jeżeli się bierze w rachubę wielkość przedsionka prawego, badanego czyto opukiwaniem czy też rentgenologicznie.

Dotychczasowe usiłowania, aby zaradzić dotkliwemu brakowi sposobu bezpośredniego badania komory prawej, nie osiągnęły pożądanego wyniku. Stare, klasyczne objawy, jak wzmocnienie drugiego tonu nad tętnicą płucną, tętnienie w dołku podsercowym i t. d., albo występują dopiero w późnych okresach schorzenia tej komory, albo się zgoła nie zjawiają z wiadomych przyczyn. Komora prawa »in situ« przylega dolną ścianą do przepony, przednią zaś do ściany klatki piersiowej. Lewy brzeg przedniej ściany serca zajmuje część komory lewej, prawy zaś brzeg należy do przedsionka prawego. Słowem cała komora prawa jest niejako obwarowana dokoła tak, że dostęp do niej dla badania jest niemożliwy. Dolna część tej komory, przylegająca do przepony, tworzyłaby w obrazie rentgenologicznym dolny brzeg cienia sercowego; niestety tutaj cień przepony, a raczej silniejszy cień wątroby, zlewa się jednostajnie z cieniem serca. A właśnie ta dolna część ma pierwszorzędne znaczenie w patologji komory prawej. Weźmy pod rozwagę jej powiększenie. Przepona stanowi podstawę podatną, komora powiększając się, wypukla przedewszystkiem dolną ścianę, powiększona treść komory na mocy prawa ciężkości obciąża spód komory w postawie stojącej ciała. Że serce podlega zmianom pod wpływem prawa ciężkości, udowodniono doświadczalnie (Moritz, Dietlen, Wenckebach, Kienböck, Goldscheider i in.). Począwszy od nieznacznych zmian jeszcze w prawidłowych warunkach (przy pobudzonej czynności serca, w okresie pokwitania, w którym się często spostrzega w dołku podsercowym tętnienie komory prawej), a skończywszy na ciężkich schorzeniach pierwotnych lub wtórnych komory prawej, wszystkie te sprawy uwydatniają się na jej dolnej części. Zanadto odstąpiłbym od właściwego tematu, gdybym obszerniej omówił rolę tego odcinka komorowego, mającego znaczenie i czysto naukowe i praktyczne.

Powyższe uwagi zmierzają do przygotowania, z jakiemi pytaniami przystąpić do badania rentgenologicznego komory prawej zapomocą sposobu poniżej podanego. Ponieważ zasady, na jakich ten sposób polega, o ile szczegółowo są wzięte pod rozwagę, mogą znaleźć zastosowanie także w innych kierunkach, przeto pozwolę sobie elementarnie je przedstawić.

W obrazie rentgenologicznym narząd pewien tworzy wyróżniający się cień, jeżeli pochłania znacznie więcej promieni, niż jego otoczenie. Boczne brzegi cienia sercowego uwydatniają się wyraźnie, ponieważ serce absorbuje znacznie więcej promieni, niż otaczająca, powietrzna tkanka płucna. Dolny zaś brzeg jest niewidzialny, przylega bowiem bezpośrednio do przepony i wątroby, te zaś pochłaniają niemal tęsamą ilość promieni, co serce. Chcąc zatem uwidocznić brzeg serca od strony przepony, należy się postarać, aby jeden z tych narządów pochłaniał w tem miejscu znacznie więcej promieni, niż drugi. Wydaje się to paradoksem, póki nie wnikniemy głębiej w prawa, według których promienie ulegają pochłanianiu. Mianowicie w związkach organicznych, wchodzących w skład ustroju ludzkiego, główną rolę pod względem absorbcji promieni odgrywa nie ciężar atomowy, lecz ilość atomów, przez które promienie przechodzą. Węgiel, tlen, wodór i azot, stanowiące skład chemiczny serca, posiadają mały ciężar atomowy, pochłaniają tylko nieznaczną ilość promieni. Serce jednak tworzy wyraźny obraz, wyróżniający się wybitnie od jasnego tła płucnego, lubo ciężar atomowy składników chemicznych zarówno serca jakoteż płuc jest tensam. Atoli mięsień sercowy zawiera o wiele więcej atomów, niż powietrzna tkanka płucna. Im większa ilość atomów znajduje się na drodze, przez którą przechodzą promienie, tem więcej promieni miękkich ulega absorbcji, tem mniej ich dochodzi do ekranu lub kliszy i tem wybitniejszy cień sumy atomów pochłaniających. Oczywiście tyczy się to mieszaniny promieni miękkich i twardych, bo bania rentgenowska nie dostarcza promieni o tejsamej przenikliwości. Dla uwidocznienia zatem dolnego brzegu cienia sercowego trzeba odpowiedni snop promieni skierować przez jeszcze większy, niż dotychczas, przekrój serca w kierunku dolnej ściany komory prawej. Nadto z powyższego rozważania wynika, że promienie te muszą równocześnie przechodzić przez mniejszy lub przynajmniej nie większy, niż dotychczas, przekrój wątroby. Osiągniemy wówczas ciemniejszy cień prześwietlonej części serca na tle jaśniejszego cienia przepony i wątroby.

Zadanie to rozwiązałem praktycznie w sposób, naszkicowany na rycinie 1. Lampę rentgenowską nastawiam skośnie pod kątem ostrym względem pionowej osi ciała tak, że promień główny biegnie z wysokości czwartego kręgu piersiowego przez serce na dół w kierunku wyrostka mieczykowatego. Podobnie przechodzą promienie, jeżeli badany przechyli się wstecz ku lampie, ustawionej zwyczajnie (nie skośnie). Drugi ten sposób umożliwia badanie także wówczas, jeżeli się nie posiada odpowiedniego stojaka (n. p. Beclèra), w którymby skrzynka z lampą dała się ustawić skośnie względem osi pionowej ciała. Jeden rzut oka na serce »in situ« lub w atlasie anatomicznym przekona, że powyżej określony kierunek promieni przechodzi przez większy, niż dotychczas, przekrój serca. Równocześnie promienie w pobliżu serca przechodzą przez mniejszy przekrój wątroby przy silnym wdechu. Oczywiście należy też zastosować zwykłe sposoby techniczne, jakich się powszechnie używa dla spotęgowania wyrazistości obrazu, a więc przedewszystkiem dostatecznie miękką lampę i ile możności wąską szczelinę prostokątną przepony ołowianej, aby uwidocznić tylko dolną część serca i sąsiedni skrawek wątroby. Przeszkadzający cień kręgosłupa odsunąć na bok przez nieznaczny obrót badanego na lewo. Przygotowawszy w ten sposób badanie, polecam badanemu wykonać silniejszy wdech i zatrzymać go. Podczas tego wdechu widać dobrze dolny brzeg cienia prawej komory. Jeżeli w tym czasie zmieniamy trochę kąt nachylenia lampy rentgenowskiej względem osi pionowej ciała, to możemy dobrać taki kąt, przy którym cień serca nawet odłącza się od cienia przepony i wątroby po stronie lewej i pomiędzy oboma cieniami powstaje smuga jasna. Ponieważ worek osierdny jest zrośnięty ze środkiem ścię-

---

[1]) Vid. Minkowski, Ungewöhnlich starke Dilatation der Vorhöfe. Münch. m. Woch. 1904 Nr 4. Romberg, Lehrbuch d. Krankheiten des Herzens. 1909, str. 77.

gnistym przepony, przeto przy silnym wdechu przepona, obniżając się, ciągnie na dół elastyczną blaszkę zewnętrzną osierdzia więcej, niż całe serce, w następstwie czego tworzy się między sercem a przeponą szczelina, zasłonięta tylko cienkiem osierdziem. Z pochylonej lampy przedostają się rozbieżne promienie do tej szczeliny bez znaczniejszego osłabienia. Prawa połowa przepony jest mniej ruchoma, niż lewa, prawy przedsionek jest unieruchomiony przez żyłę główną dolną, dlatego ta szczelina jasna po stronie prawej pod przedsionkiem nie jest widoczna. Badanie to jest proste, szybkie i łatwiejsze, aniżeli się może z opisu wydaje. Po kilku próbach nabiera się dostatecznej wprawy. Przez porównanie ze zwykłem dotychczasowem badaniem można się przekonać, o ile ciemniejszym staje się cień sercowy, przyczem najłatwiej różnica uwydatnia się przy użyciu pochylania badanego wstecz.



Fig 1.

Spostrzeżenia moje przy badaniu w ten sposób prawej komory zgadzają się na ogół z uwagami, podanemi powyżej. Najważniejszem jest to, że już we wczesnych okresach chorób serca można śledzić zachowanie się prawej komory, silniejsze wypuklanie się jej dolnej ściany, wzmożenie, osłabienie i regularność jej ruchów, poprawę jej czynności i wielkości pod wpływem leczenia i t. d. Tu nasuwa się cały szereg tematów teoretycznych i praktycznych do opracowania, n. p. zachowanie się komory prawej przy ogniskach chorobowych, usadowionych w jej ścianie, przy wysięku osierdnym, przy ucisku ze strony jamy brzusznej i t. d. Rozpowszechnione obecnie badanie rentgenologiczne zapewne rychło rozwiąże te interesujące zagadnienia.

O wartości leczniczej sklerotomii krzyżowej Wicherkiewicza w przypadkach jaskry przewiekłej

podał

Dr Kazimierz Karelus, asystent klin. okul. U. J.

(Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie pod dyrekcją prof. Dr Kazimierza Majewskiego).

Dzięki genjalnemu odkryciu Albrechta Graefego posiadamy w irydektomji dobrzeżnej przy współdziałaniu alkaloidów zwężających źrenicę (pilokarpina, ezeryna) potężny środek leczniczy w przypadkach jaskry zapalnej. Środki zwężające źrenicę, które tylko hamują postępy jaskry zapalnej, przygotowują teren dla łatwiejszego i pewniejszego wykonania irydektomji. Stwierdzić możemy, iż w ogromnej większości przypadków jaskry zapalnej irydektomja dobrzeżna sprowadza stałe wyleczenie i zachowanie poprawionej bystrości wzroku jak i pola widzenia.

Mniej szczęśliwi jesteśmy w przypadkach jaskry prostej, która przedstawia daleko trudniejsze i mniej wdzięczne pole do leczenia. Tesame środki zwężające źrenicę, a temsamem obniżające ciśnienie wśródgałkowe, zawodzą, choroba dalej powoli a nieubłaganie postępuje. Co do irydektomji zaś istnieje przekonanie, które większa część operatorów podziela, że może ona nawet przyspieszyć postępy choroby, wywołać przedwczesny zanik wzroku, przyczynić się do powstania ubytków w środkowem polu widzenia (Bjerrum-Rönne). Heerfordt stwierdza po irydektomji przemianę jaskry prostej na jaskrę złośliwą w 17% przypadków. Temi trudnościami tłumaczylibyśmy tę stosunkowo dużą liczbę różnych metod operacyjnych zalecanych w przypadkach jaskry prostej. Usiłowania wszystkich operatorów zmierzały do tego, by wynaleźć sposób operacyjny, zapomocą którego możnaby przynajmniej (nie mówiąc już o znaczniejszej poprawie wzroku) wstrzymać postępy choroby, zapewnić choremu chociażby resztki bystrości wzrokowej i pola widzenia do końca życia i uchylić niebezpieczeństwo mogącej się każdej chwili dołączyć jaskry zapalnej.

W tym celu podawano kolejno cały szereg najróżniejszych zabiegów operacyjnych mających zastąpić irydektomję, której już nikt prawie w jaskrze prostej nie wykonuje. I tak Heine podał cyklodjalizę, mającą stwarzać swobodne połączenie między przednią komorą a przestrzenią nadnaczyniówkową, de Wecker i Quaglino podali sklerotomię przednią i tylną, która ma stworzyć bliznę przesączającą. Coccius i Holtz podali metodę wyciągnięcia kawałka tęczówki i wgłobienia jej w ranę spojówkową (t. zw. iridencleisis antiglaucomatosa). Lagrange podał swą irydosklerektomię. Elliot trepanuje na swój sposób twardówkę w zakresie przedniej komory. Zorab zalecił drenowanie przedniej komory. Abadie nie cofał się nawet przed wycięciem górnego szyjnego zwoju współczulnego, w tej samej myśli polecano wyłuszczenie zwoju rzęskowego. Badal naciągał i wyrywał nerw podbloczkowy. I wiele innych metod operacyjnych możnaby jeszcze wyliczyć, jak myotomia intraocularis, iridotasis, sclerotomia anterior et posterior Gałęzowskiego, sclerotomia posterior Szymańskiego i t. d. Już sama ta pokaźna liczba metod operacyjnych, podawanych dla przypadków jaskry prostej, dowodzi, że żadna z nich nie jest bezwzględnie dobra i nie daje dość pewnych wyników.

Te niezbyt zachęcające doświadczenia kliniczne nad leczeniem jaskry prostej skłoniły w r. 1908 Wicherkiewicza do podania nowego zabiegu operacyjnego: »sclerotomia cruciata posterior«. Trudno wyrobić sobie zdanie i sąd o jakimś zabiegu lub metodzie tylko na podstawie samych teoretycznych rozważań. Statystyka powinna zawsze potwierdzić słuszność założenia. Wprawdzie Wicherkiewicz przedstawiał wyniki tej metody operacyjnej na licznych zjazdach okulistów, lecz zawsze oparte na dość szczupłej liczbie przypadków, a przedewszystkiem nie było mu danem żyć dość długo, aby mógł śledzić przez okres czasu wystarczający późniejsze losy operowanych przez siebie oczu. Po objęciu kliniki okulistycznej U. J. po śmierci Wicherkiewicza przez prof. Majewskiego stosowano dalej metodę krzyżowej sklerotomji w przypadkach jaskry prostej tak, że dziś po mniej więcej 10 latach rozporządzamy dość pokaźną liczbą dokładnie obserwowanych przypadków. Ten materjał (150 przypadków) możemy już zużyć do przedmiotowej oceny wartości sklerotomji krzyżowej Wicherkiewicza w przypadkach jaskry prostej.

Technika operacji jest następująca:

Miejsce do sklerotomji Wicherkiewicza wybiera się pomiędzy ścięgnami mięśni prostych na twardówce poza okolicą ciałka rzęskowego n. p. między m. prostym gornym a bocznym. Są zatem 4 miejsca do wyboru: górą od skroni i dołem od skroni, górą od nosa i dołem od nosa. Po znieczuleniu miejscowem kokainą i po założeniu rozwórki, asystent chwyta spojówkę tuż przy rogówce szczypczykami ustalającemi i ściąga silnie gałkę oczną ukośnie tak, aby operatorowi uprzystępnić pole operacyjne. Operator przecina spojówkę gałki w kierunku południkowym na długość 1 cm i tkankę podspojówkową aż po samą twardówkę, którą na pewnej przestrzeni obnaża, asystent rozwiera hakiem tenotomijnym ranę spojówkową, a operator prowadzi w twardówce 4 do 5 cięć w kierunku południkowym w odstępach 2 mm i tyleż cięć poprzecznych t. j. równoleżnikowych w takichże samych odstępach. Cięcia te powinny dochodzić do $^3/_4$ grubości twardówki i tworzyć rodzaj kratki. Nakoniec jedno z cięć, zazwyczaj środkowe cięcie południkowe, pogłębia się aż po samą jagodówkę i końcem noża rozwiera się jego brzegi. Powinna się pojawić w ranie a przynajmniej przeświecać jagodówka. Wreszcie spaja się ranę spojówkową trzema szwami katgutowemi i zakłada opatrunek, który zmienia się trzy razy dnia, wkraplając do oka pilokarpinę. Aby nie dopuścić do ścisłego zrostu brzegów cięć twardówkowych, bo zależy przedewszystkiem na wytworzeniu się blizny przesączającej, rozpoczyna się zaraz miesienie gałki ocznej przez lekki rytmicznie wykonywany ucisk na powieki. Leczenie trwa 5 do 6 dni, poczem wypuszcza się chorego do domu z pilokarpiną i siarkanem cynku (1%) przeciw zapalnemu odczynowi spojówek, wywołanemu zadrażnieniem przez szwy katgutowe.

Przez cięcia krzyżowe twardówki wywołuje się lepszy rozstęp brzegów ran, przecina się bowiem włókna tkanki łącznej, które biegną równoleżnikowo i południkowo, a w ten sposób ułatwia się powstanie przesączającej blizny na dość szerokiej przestrzeni twardówki, która to blizna zmniejsza względnie znosi zastój cieczy w tylnym odcinku gałki. Jeszcze jedną dodatkową korzyść zauważamy po cięciach krzyżowych, a mianowicie: źrenica, nie zwężająca się pod działaniem pilokarpiny, teraz sama zwęża się czasem nawet ad maximum. Pochodzić to może z uszkodzenia na dość dużej przestrzeni gałązek nerwów rzęskowych, które mają wpływ na ciśnienie wśródoczne. Odrazu zaznaczę, iż ani razu nie spostrzegano powikłań

w postaci zakażenia, garbiaka lub krwotoków wśródgałkowych, tak, iż możemy stwierdzić całkowite bezpieczeństwo tego zabiegu.

Zabieg ten, skierowany z początku przeciw jaskrze prostej, zwrócono później przeciw wszelkim rodzajom jaskry — tak, że dziś możemy przedstawić 150 przypadków dokładnie klinicznie spostrzeganych różnych postaci jaskry, operowanych sposobem Wicherkiewicza. Najdłuższy przeciąg spostrzegania klinicznego wynosił 5 lat; jestto stosunkowo bardzo dużo, bo jaskra, występująca przeważnie w późnym wieku, nie zawsze pozwala na dłuższą obserwację.

Przy zestawianiu przypadków kreśliłem krzywe (djagramy) bystrości wzrokowej, napięcia śródgałkowego mierzonego tonometrem Schiötza i pola widzenia. Wielkość pola widzenia wyrażam liczbą kwadracików 4-milimetrowych (= 16 mm²) na schematach używanych do perymetru Förstera. Ponieważ dla chorego mały zysk lub utrata ze środkowego pola widzenia przedstawia o wiele większą wagę, aniżeli zysk lub wielka utrata w obwodowych częściach pola, dołączyłem jeszcze jeden djagram środkowego pola widzenia, przyjąwszy za jego średnią wielkość 5 kwadracików 4-milimetrowych. Prawidłowe pole widzenia całkowite, mierzone perymetrem Förstera, przedstawia liczbę 266 kwadracików 4 mm. Przykłady djagramów kreślonych przezemnie dla każdego ze spostrzeganych przypadków przedstawiają tablice Nr 1. i 2.

wstrzymał postępy choroby (t. j. obniżanie się bystrości wzrokowej, jakoteż zmniejszanie się pola widzenia). Do trzeciej grupy wliczymy przypadki, w których mimo zabiegu sprawa postępuje dalej. Osobną rubrykę stworzyłem dla tych przypadków jaskry, gdzie przed zabiegiem i po zabiegu operacyjnym bystrość wzroku równała się zeru (= 0), a to, by odpowiednio uzupełnić późniejsze procentowe zestawienie przypadków. Co do rodzaju przypadków zaznaczę, iż operowano tą metodą jaskrę prostą (a), zapalną przewlekłą (b), następową (c), wodoocze wrodzone i nabyte (d).

Ze 150 przypadków, operowanych metodą Wicherkiewicza:

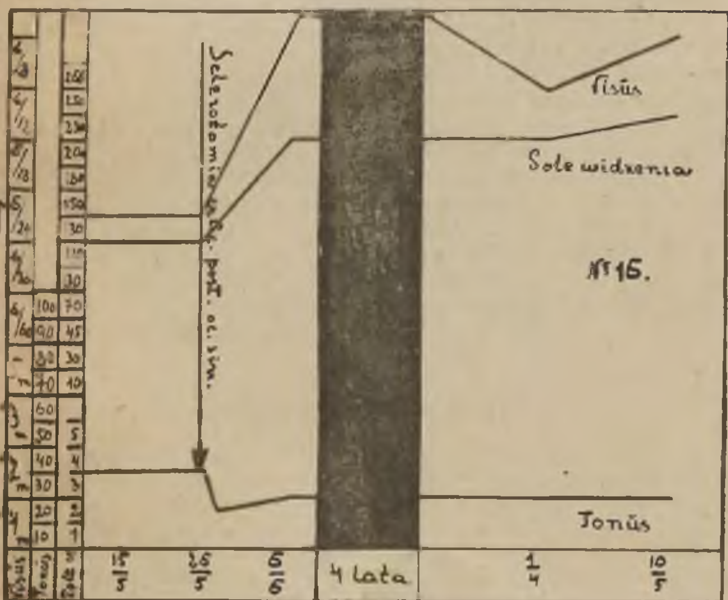
a) Na 69 przypadków jaskry prostej zaliczyć możemy do pierwszej grupy (t. j. trwałej poprawy bystrości wzroku i pola widzenia) 60 przypadków, do drugiej grupy (wstrzymanie postępu choroby) 7 przypadków, a do trzeciej grupy (choroba dalej postępuje) 2 przypadki.

b) 6 przypadków jaskry zapalnej przewlekłej operowanych metodą Wicherkiewicza po wyczerpaniu już innych zabiegów, należy całkowicie do grupy pierwszej.

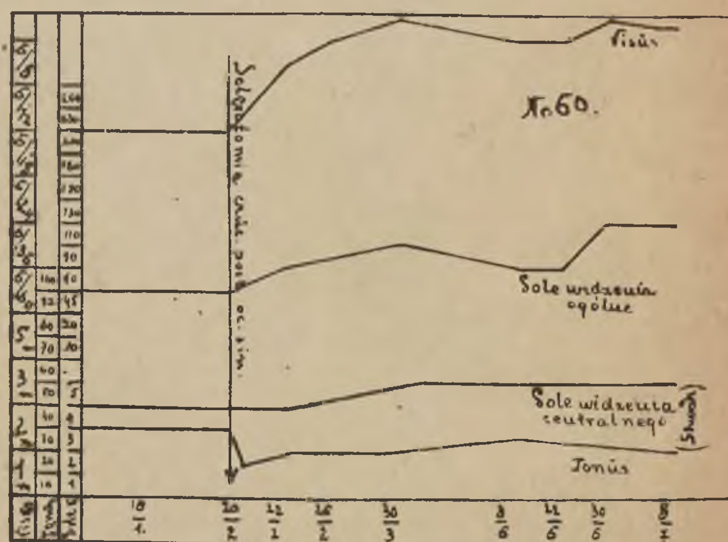
c) 4 przypadki jaskry następowej należy do grupy pierwszej.

d) Na 16 przypadków wodoocza wrodzonego i nabytego 2 przypadki należą do grupy pierwszej, a 14 do grupy drugiej.

Ogólnie licząc, na 95 przypadków, do pierwszej grupy (poprawy wzroku i pola widzenia) należy 72 przypadki, do dru-



Tablica 1.



Tablica 2.

Przechodzimy teraz do szczegółów statystycznych. Wyniki po sklerotomji Wicherkiewicza ująć możemy w 3 grupy: Do **pierwszej grupy** należą przypadki, w których po sklerotomji nastąpiła trwała poprawa bystrości wzrokowej i pola widzenia. Do **drugiej grupy** należą te przypadki, w których zabieg

giej grupy (wstrzymanie postępu choroby) 21 przypadków, a do trzeciej grupy (choroba dalej postępuje) 2 przypadki.

e) Osobno stojąca grupa przypadków jaskry, gdzie przed i po zabiegu bystrość wzroku równała się zeru (= 0), w liczbie 55, dopełnia ilość przypadków do 150.

Procentowo wypada:

a) Przy jaskrze prostej: w pierwszej grupie 87%, w drugiej 10%, w trzeciej grupie 3% przypadków.
b) Przy jaskrze zapalnej przewlekłej: w pierwszej grupie 100% przypadków.
c) Przy jaskrze następowej: w pierwszej grupie 100% przypadków.

Ogółem przy jaskrze: w pierwszej grupie 88·7%, w drugiej 8·8%, a w trzeciej 2·5% przypadków.

d) Przy wodooczu wrodzonem i nabytem: w pierwszej grupie 12·5%, w drugiej grupie 87·5% przypadków

Razem (a+b+c+d): w pierwszej grupie 75·8%, w drugiej 22·1%, w trzeciej grupie 2·1% przypadków.

Po odpowiedniej poprawce przez wliczenie przypadków pod e), gdzie przed zabiegiem i po zabiegu bystrość wzroku równała się zeru (= 0) (36·7%), otrzymamy: w pierwszej grupie 48%, w drugiej 14%, a w trzeciej 1·3%. Rozstrzygająca dla nas jest tylko liczba procentu przy właściwej jaskrze (a+b+c), i to w przypadkach z zachowaną jeszcze resztką wzroku. Poprawa wzroku i pola widzenia nastąpiła w tej kategorji przypadków w 88·7%, wstrzymanie postępu choroby w 8·8%, zabieg bez skutku w 2·5% przypadków. Przypadków pod c), gdzie bystrość wzroku = 0, nie należy operować, gdyż z góry już co do wyniku łudzić się nie powinniśmy. W przypadkach zaś wodoocza wrodzonego i nabytego lepsze wyniki, niż po sklerotomji, otrzymujemy przez irydektomję.

Zechciejmy z tą statystyką porównać statystykę innych zabiegów, wykonywanych w przypadkach jaskry prostej, a szala przechyli się stanowczo na korzyść sklerotomji Wicherkiewicza, zabiegu najzupełniej bezpiecznego i niezwykle prostego. Römer, dodawszy liczby ogłaszane przez różnych autorów, określa utrzymanie wzroku (nie mówi o poprawie) przy jaskrze prostej po różnych zabiegach operacyjnych liczbą 33·7%, a pogorszenie operowanych przypadków oblicza na 66·3%. W przeciwstawieniu do tych smutnych cyfr, po sklerotomji Wicherkiewicza w przypadkach jaskry przewlekłej a przedewszystkiem prostej, stwierdzamy na podstawie obserwacji klinicznej poprawę wzroku i pola widzenia w 88·7%, wstrzymanie sprawy chorobowej w 8·8%, a brak wszelkiego skutku zaledwie tylko w 2·5% przypadków.

Wyniki wyżej przedstawione stwierdzają ponad wszelką wątpliwość bardzo korzystny wpływ sklerotomji krzyżowej na przebieg jaskry przewlekłej, zwłaszcza jaskry prostej. Jeśli się zważy, że zabieg ten jest najzupełniej bezpieczny, bo ani razu w spostrzeganych przypadkach nie doprowadził do powikłań, to jest rzeczą zupełnie usprawiedliwioną, aby go wykonywać wcześnie, nietylko tam, gdzie objawy jaskry przewlekłej lub prostej są już wyraźne, ale nawet tam, gdzie zachodzi podejrzenie i uzasadniona obawa, że jaskra prosta się rozwinie, n. p. u chorych, którzy już na jednem oku jaskrę taką przechodzą. W przypadkach zaś nielicznych, gdzie pomimo wykonanej sklerotomji Wicherkiewicza choroba jednak czyni dalsze postępy, nic nie stoi na przeszkodzie, by zabieg ten co pewien czas powtarzać. Przedstawienie wartości i wyników takiego postępowania podamy po przeprowadzeniu dalszych badań w tym kierunku.

Piśmiennictwo. 1) Wicherkiewicz: Postęp okul Rocz. X 1908. — 2) Stransky: Anomalien d. Skleralspannung. — 3) Tenże: Ueber d. Gittersklerotomie v. Wicherkiewicz (Ophthalm. Sec. d, 85 Vers. d Naturforsch in Wien. — 4) Zorab Artur. Ophthalmoskopie 1913. — 5) Priestey Smith: The Opht. Rev. 1913. — 6) Brooksbank James: Trans. of the Opht. Soc. of the Un Kingdom 1912. — 7) Percy C. Bardsley: Ophthalmoskope 1913.— 8) Gilbert: Vers. d. opht Ges. Heidelberg 1912. — 9. Lagrange: Arch. d'Opht. XXXII. — 10) Schaudigel: Vers d. ophth. Ges Heidelberg 1912.— 11) Knies: Arch. f. Opht. XXIII 1877. — 12) Koeppe: Vers. d. Ges. f. Opht. Heidelberg 1916. — 13) Ruben: Berl. kl. Woch. 1913.

Do prenumeratorów.

Czasopisma lekarskie polskie przechodzą krytyczną chwilę z powodu powszechnie znanych trudności wydawniczych i ciągłego drożenia druku i papieru. Aby przetrwać przesilenie, przekształciły się wszystkie trzy tygodniki lekarskie polskie na miesięczniki i zawarły między sobą i z Towarzystwami lekarskiemi układ, na którego zasadzie każdy członek tych Towarzystw otrzymuje wszystkie trzy pisma, a prenumeratorowie, nie będący członkami Towarzystw lekarskich, mogą prenumerować tylko wszystkie trzy pisma razem. Redakcje zaś porozumiały się ze sobą co do treści wydawnictw tak, aby one uzupełniały się wzajemnie. W ten sposób spodziewają się czasopisma lekarskie polskie wypełnić swoje zadanie jaknajlepiej można w dzisiejszych trudnych warunkach i zmniejszyć niebezpieczeństwo, jakiem piśmiennictwu lekarskiemu polskiemu, a przez to i postępowi medycyny polskiej, zagraża ścieśnienie wydawnictw.

Przetrwać przesilenie zdołamy jednak tylko wtedy, jeżeli ogół lekarzy, uznając wagę sprawy, wszelkiemi siłami poprze czasopisma lekarskie i nie cofnie się nawet przed pewną ofiarą, byle byt tych czasopism ocalić.

Wobec ciągłych skoków cen druku i papieru niepodobna ściśle obliczyć kosztów wydawnictwa na dłuższy okres naprzód. Jednakże rachunek, oparty o prawdopodobieństwo, pozwala przypuszczać, że przy zachowaniu teraźniejszej objętości czasopism powinnaby wystarczyć przedpłata roczna na wszystkie trzy czasopisma w ciągu r. 1921 w kwocie 480 marek p.

Zastrzegamy sobie ewentualną dopłatę, jeśli taka dopłata w ciągu roku okaże się niezbędną.

Administracja »Przeglądu lekarskiego«.

Wiadomości bieżące.

Z Polskiej Akademji lekarskiej. Naczelnik Państwa zatwierdził wybór prof. Dr St. Bądzyńskiego na prezesa Akademji lekarskiej w Warszawie. Sekretarzem generalnym jest prof. Dr Dzierzgowski. I. Walne Zgromadzenie Akademji odbędzie się w Warszawie 28. XII. b. r.

Z Wydziałów lekarskich. Na tworzącym się Wydziale lekarskim w Poznaniu został dziekanem prof. Dr Wrzosek, dotąd szef sekcji w Ministerstwie oświecenia; profesorką nadzwyczajną histologji Dr Helena Gajewska, docentka Wydziału filozoficznego Uniwersytetu Jagiell., profesorem nadzw. i dyrektorem kliniki chorób wewnętrznych Dr Wincenty Jezierski, ordynator oddziału chorób wewn. w szpitalu miejskim w Poznaniu, profesorem zwyczajnym i dyrektorem kliniki chirurgicznej Dr Antoni Jurasz, profesor chirurgji we Frankfurcie n. M.

Projekt ustawy o Izbach lekarskich przyjął Sejm w drugiem czytaniu z fatalną »poprawką« posła Weinzichera, aby wszyscy uprawnieni w Polsce do praktyki lekarskiej mogli po-

RADA SZKOLNA KRAJOWA. Lwów, dnia 4. grudnia 1920.
L. 22930/IV.

KONKURS.

Rada szkolna krajowa ogłasza niniejszem konkurs na 18 posad lekarzy szkolnych, względnie lekarek szkolnych w państwowych szkołach średnich ogólnokształcących, seminarjach nauczycielskich, szkołach zawodowych i szkołach powszechnych w Małopolsce.

A mianowicie po jednej posadzie w Drohobyczu, Jarosławiu, Kołomyji, Nowym Sączu, Przemyślu, Samborze, Stanisławowie, Stryju, Tarnowie, Tarnopolu i Rzeszowie, 3 posady w Krakowie a 4 posady we Lwowie.

Do posad tych przywiązane są pobory urzędników państwowych IX kategorji płac, uregulowane ustawą z dnia 13. lipca 1920 Dz. u. Rz. P. Nr 65 poz. 429.

Posady nadane będą na przeciąg jednego roku prowizorycznie poczem nastąpi ewentualnie stabilizacja.

Instrukcja określająca obowiązki lekarza szkolnego, zatwierdzona przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego i ogłoszona w Dzienniku Urzędowym tegoż Ministerstwa, z dnia 30 października 1918, Nr 6 poz. 26, jest do przejrzenia w godzinach urzędowych w Departamencie IV. Rady szkolnej krajowej we Lwowie (Biuro 11. II. piętro).

Od kandydatów(tek) wymaga się:

1) Obywatelstwa polskiego,

2) Doktoratu wszech nauk lekarskich, uprawniającego do wykonywania praktyki lekarskiej,

3) Przynajmniej dwuletniej praktyki zawodowej po ukończeniu studjów.

Pierwszeństwo będą mieli (miały) kandydaci(tki), którzy(e) wykażą się, że pracowali(ły) w higjeniczno-lekarskim dozorze szkolnym, względnie odbyli(ły) specjalne kursa dla lekarzy szkolnych. Do podania należy dołączyć opis przebiegu życia, określający dotychczasowe zatrudnienie kandydata(tki) oraz oświadczenie, w której z wyżej wymienionych miejscowości kandydat(tka) pragnie zająć posadę i że jest obznajomiony(a) z obowiązującą instrukcją dla lekarzy szkolnych. Podania należy wnosić w terminie do dnia 31. grudnia b. r. do Rady szkolnej Krajowej we Lwowie (Departament IV) ul. Karmelicka 4. 259

Delegat Ministerstwa Wyznań Religijnych
i Oświecenia Publicznego:

Sobiński, w. r.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

sługiwać się tytułem doktorskim. Sejm widocznie przeoczył, że prawo nadawania tytułów doktorskich mają w całym świecie wyłącznie uniwersytety. Może w trzeciem czytaniu poprawi Sejm ten dziwoląg ustawodawczy.

Z Towarzystw lekarskich. Nagrodę im. Piramowicza, ofiarowaną przez Dr St. Kopczyńskiego, przyznał sąd konkursowy Tow. lekarskiego warszawskiego Dr Ludwikowi Jaksie-Bykowskiemu ze Lwowa, za pracę p. t.: »Zasady pedagogiki doświadczalnej ze szczególnem uwzględnieniem szkoły polskiej«, a wyróżnił pracę Dr T. Jaroszyńskiego p. t.: »Metody badań psychologicznych w szkole«. — Wydział lekarski Tow. Przyjaciół nauk w Poznaniu rozpoczął jesienne posiedzenia 8. X. 1920. Sekretarzem Wydziału jest obecnie Dr Jagielski. — Z prowincjonalnych oddziałów Tow. polskich lekarzy b. Galicji wznowił posiedzenia Oddział Jarosławski d. 12. XI. 1920 wykładami Dr Spatza (Encephalitis epidemica) i Dr Händla (Grypa).

Komitet redakcyjny »Lekarza wojskowego« składają obecnie: Z. Dmochowski, Eiger, Karwacki, Radliński, St. Rudzki, Składkowski, Z. Sowiński, Szymanowski, Zembrzuski i E. Żebrowski.

Komitet lekarski francusko-polski w Krakowie podaje do wiadomości kolegów, pragnących prenumerować czasopisma francuskie po zniżonych cenach, że firma Masson & Co będzie w r. 1921 obliczać 1 frank = 5 marek polskich. Do przedpłaty dodać należy 10% na pokrycie kosztów administracyjnych. Zgłoszenia przyjmuje najdalej do końca grudnia 1920 sekretarz komitetu doc. Dr Gieszczykiewicz, Kraków, ul. Czysta 16.

Nagrodę lekarską Nobla za r. 1919 otrzymał Prof. J. Bordet, dyrektor zakładu Pasteura w Brukseli, a za r. 1920 fizyolog prof. Krogh w Kopenhadze.

Kursa dla lekarzy i urzędników sanitarno-obyczajowych odbywać się będą we Lwowie od 10. I. 1921 przez dwa tygodnie. Uczestnicy kursów lekarze otrzymają djety dzienne po 150 Mkp. i zwrot kosztów podróży II klasą. Zgłoszenia należy wnosić przez starostwa do Okręgowego Urzędu zdrowia we Lwowie (Namiestnictwo).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.